

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-697329

111 000



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5059 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BELLAJ ABDELLAH			
Date de naissance : 29/12/1956			
Adresse : 30 Rue de l'Yser Deux Sultans			
Tél. : 0671 80 25 77 Total des frais engagés : 3200,00 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18/10/2022			
Nom et prénom du malade : BELLAJ ABDELLAH Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : corréction visuelle			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.10.31 20.9.82	69		200 C.D.H. Ophtalmologiste RÉA. Al Bousiane. Tl. : 06 33 07 91 52 Appt. 2, El Jadida - Tl. : 06 33 07 91 52	T. KHAYAT 111723 N 860

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIQUE ASAFA OPTICIEN OPTOMETRISTE N° 2 Av Jammé Khalil Jbraïle Rés. El Boustane 7 Imm. 04 EL JADIDA TEL: 06 63 56 56 89	20/03/2022					3000 D.H.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient:	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<input type="text"/>
		H	G																
		25533412 00000000	21433552 00000000																
		<hr/>																	
D		B																	
00000000		00000000																	
<hr/>																			
35533411		11433553																	
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/>																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

OPTIQUE ASAFA

EL JADIDA

20/03/2022

ADRESS

EL BOUSTANE 7 IMM 05 EL JADIDA MAROC

MR / MMF

BELLA ABDERRAHMAN

TEL 00212663565689

patent 4201678

FACTURE N° 0 165/22

ICE 002261536000028

Dr: CAID TOUIL

BENJELLOUN

VISION PRES

	sph	cyl	axe	OD	sph	cyl	axe	ADD
OD				OD	+3.00	-0.50	95	
OG				OG	+3.50	-0.50	85	

VISION LOIN

FORNITURE MONTURES

VL PLASTIQUE 1000

VP

VERRES

VL PROGRESSIF BLEU CUT 2000

VP

TOTAL: 3000

LAPRESENCE FACTURE EST ARRETE A LA SOMME DE:

TROIS MILLE DHS

OPTIQUE ASAFA
OPTICIEN PHOTOMETRISTE
N°2 Av. J. Ben Abdellah El Bousiane 7 Imm. 04 EL JADIDA
TEL. 06 63 56 56 89

IF: 63916777
ICE: 002261536000028
PATENTE: 42101678

INPE: 045005048

Dr Khalid Caid Touil

Ophtalmologiste
Specialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux



الدكتور خالد قائد طويل

• إختصاصي
في أمراض و جراحة العيون

Ordonnance

El Jadida le **ORDONNANCE MEDICALE**

الجديدة في

El Jadida Le, 18/03/2022

Monsieur Bellaj abderrahim

VISION DE LOIN:

- OD: (-0.50 A 95) +3.00

- OG: (-0.50 A 85) +3.50

- VISION DE PRES:ADD +2.50

- 2 VERRES ANTIREFLETS ANTI UV PHOTOCHROMIQUE

- PROGRESSIF+ MONTURE

OPTIQUE ASAFA
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N°2 Av. Jebrane Khalil Jebrane Rés.
El Boustane 7 Imm. 04 EL JADIDA
TEL. 06 63 56 56 89



Gsm: 06 33 07 91 52 - Tél 05 23 50 19 81

Route de Marrakech Rés Al Boustane 7

Imm 7 Etage 1 Appt 2 - El Jadida

Cabinet Dr Khalid Caid Touil

طريق مراكش إقامة البستان 7

عمارة 7 الشقة 2 - الجديدة